

Protection Prêt pour entreprise Scotia

Certificat d'assurance
À conserver en lieu sûr.

 **Financière ScotiaVie^{MD}**

S'assurer : une opération assurément simple^{MC}

financierescotiavie.com



Protection Prêt pour entreprise Scotia

Certificat d'assurance

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie atteste que l'entreprise et la ou les personnes assurées, désignées dans le Tableau des couvertures, sont couvertes et soumises aux conditions du contrat suivant :

Police collective G/H [REDACTED]

délivrée à

La Banque de Nouvelle-Écosse

Le présent certificat d'assurance (le « certificat ») et le Tableau des couvertures contiennent certains termes dotés d'une signification précise et définie. Par exemple, « vous », « votre » et « vos » désignent le représentant autorisé de l'entreprise, « personnes assurées » désigne les personnes nommées dans le Tableau des couvertures, l'« assureur » désigne La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie, et la « Banque Scotia » désigne La Banque de Nouvelle-Écosse. Pour voir les autres définitions, consultez le Tableau des couvertures, le présent certificat et la section **DÉFINITIONS** figurant à la fin du présent document.

Les pages suivantes décrivent les principales dispositions de la police collective. En cas de conflit entre les conditions du présent certificat et celles décrites dans la police collective, ce sont les conditions de la police collective qui prévalent. Le présent certificat contient des renseignements sur l'ensemble des couvertures d'assurance proposées par la police collective, dont certaines que vous n'avez peut-être pas choisies. Vous pouvez demander un exemplaire de la police collective ou de ses avenants à tout moment en composant le **1-855-753-4272** ou en envoyant une demande écrite au siège social de l'assureur à l'adresse suivante :

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie
Service de l'assurance créances
330, avenue University
Toronto, Ontario M5G 1R8

PRÉAVIS DE 30 JOURS POUR EXAMEN DE LA COUVERTURE

Vous pouvez résilier la couverture proposée dans les trente (30) jours de sa date de prise d'effet en composant le **1-855-753-4272** ou en envoyant un avis de résiliation écrit à l'adresse suivante : Centre de traitement – Assurance Canada, boîte postale 1045, Stratford (Ontario) N5A 6W4. Toute prime versée vous sera alors remboursée, et le présent certificat sera considéré comme nul.

Par : **Paul A. Mahon**

Président et chef de la direction
La Compagnie d'Assurance du
Canada sur la Vie

Par : **J. Dave Johnston**

Président et chef de l'exploitation
La Compagnie d'Assurance du
Canada sur la Vie

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Introduction | 4 |
| Options de couverture | 4 |
| Couverture globale | 4 |
| Couverture de base | 4 |
| Admissibilité | 4 |
| Quelles sont les entreprises admissibles? | 4 |
| Quels sont les types de prêts admissibles? | 5 |
| Qui sont les personnes admissibles? | 5 |
| Montant de la couverture | 6 |
| Date de prise d'effet de la couverture | 6 |
| Résiliation de la couverture | 6 |
| Primes | 7 |
| Proposition d'assurance | 9 |
| Protection pendant l'examen de la demande | 9 |
| Assurance-vie | 10 |
| Qu'est-ce que la prestation d'assurance-vie? | 10 |
| Quels sont les cas où la prestation d'assurance-vie n'est pas versée? | 10 |
| Assurance invalidité | 11 |
| Qu'est-ce que la prestation d'assurance invalidité? | 11 |
| Qu'est-ce qu'une invalidité? | 11 |
| Quand commencent les prestations d'invalidité? | 12 |
| Quand prennent fin les prestations d'invalidité? | 12 |
| Que se passe-t-il en cas de récidive de l'invalidité? | 13 |
| Invalidités simultanées..... | 13 |
| Quels sont les cas où la prestation d'assurance invalidité n'est pas versée? | 13 |
| Hospitalisation | 14 |
| Qu'est-ce que la prestation d'assurance hospitalisation? | 14 |
| Quels sont les cas où la prestation d'assurance hospitalisation n'est pas versée? | 14 |
| Maladie terminale | 15 |
| Qu'est-ce que la prestation d'assurance maladie terminale? | 15 |
| Qu'est-ce qu'une maladie terminale? | 15 |
| Quels sont les cas où la prestation d'assurance maladie terminale n'est pas versée? | 15 |
| Soumettre une demande d'indemnité | 16 |
| Avis de sinistre et formulaires de demande | 16 |
| Preuve de sinistre | 16 |
| Droits d'exiger un examen médical | 17 |
| Versements en attente de la décision..... | 17 |
| Procédure de résiliation de couverture | 17 |
| Autres renseignements importants | 18 |
| Modification des taux de prime | 18 |
| Modification du montant de couverture | 18 |
| Reconnaissance de couverture antérieure | 18 |
| Erreur sur l'âge..... | 18 |
| Fausse déclaration..... | 18 |
| Détails du contrat..... | 18 |
| Devises..... | 19 |
| Interdiction de transfert..... | 19 |
| Renseignements personnels et confidentialité..... | 19 |
| Prescriptions..... | 20 |
| Procédures relatives aux plaintes..... | 20 |
| DÉFINITIONS | 22 |

INTRODUCTION

Qu'arriverait-il si vous ou un de vos employés clés décédiez ou étiez frappé d'invalidité? Votre entreprise aurait-elle de la difficulté à rembourser ses prêts à la Banque Scotia ou à respecter ses versements réguliers?

La Banque Scotia et La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie ont mis au point la Protection Prêt pour entreprise Scotia afin de répondre à vos besoins financiers advenant cette situation.

La Protection Prêt pour entreprise Scotia protège votre entreprise si une personne assurée décède, est atteinte d'une maladie terminale, devient invalide ou est hospitalisée. En plus des personnes indispensables à l'entreprise, elle peut couvrir les personnes garantissant les prêts ainsi que vos actionnaires.

OPTIONS DE COUVERTURE

La Protection Prêt pour entreprise Scotia comporte deux options :

Couverture globale

La couverture globale comprend les prestations suivantes :

- assurance-vie en cas de décès d'une personne assurée;
- assurance invalidité si une personne assurée est frappée d'invalidité;
- assurance hospitalisation si une personne assurée est hospitalisée;
- assurance maladie terminale si une personne assurée reçoit un diagnostic de maladie terminale.

Couverture de base

La couverture de base comprend une assurance-vie advenant le décès d'une personne assurée. Elle n'est offerte que pour les montants de couverture supérieurs à 50 000 \$.

ADMISSIBILITÉ

Quelles sont les entreprises admissibles?

Pour être admissible, l'entreprise doit :

- avoir un siège social canadien et exercer ses activités au Canada;
- avoir contracté un prêt à terme ou à vue, à taux fixe ou variable, ou une facilité de crédit renouvelable auprès de la Banque Scotia;
- être une entreprise individuelle, une société de personnes, une société par actions, une société de portefeuille ou toute autre personne morale exploitant une entreprise;
- il ne s'agit pas d'une société agricole, de pêche ou d'élevage du bétail, ou si elle est constituée en société, être une société exploitant une petite entreprise au sens du paragraphe 248(1) de la *Loi de l'impôt sur le revenu*.

Les entreprises admissibles excluent :

- les organismes à but non lucratif (églises, gouvernements, clubs de services communautaires et organismes de bienfaisance);

- les étudiants inscrits au Programme canadien de prêts aux étudiants.

Quels sont les types de prêts admissibles?

Les types de prêts suivants, libellés en dollars canadiens, sont admissibles :

Les prêts commerciaux, prêts aux petites entreprises, prêts agricoles, marges de crédit, prêts hypothécaires, cartes de crédit, prêts personnels pour le compte d'une entreprise ou toute autre convention de crédit pour entreprise conclue avec la Banque Scotia.

Les prêts admissibles **excluent** :

- les lettres de crédit;
- les lettres de garantie;
- les cartes de crédit ou marges de crédit personnelles;
- les prêts personnels ou hypothécaires (à moins qu'ils aient été accordés pour le compte de l'entreprise ou aux fins d'investissement);
- les acceptations bancaires;
- les prêts de soumission; ou
- tout prêt libellé en monnaie étrangère.

Qui sont les personnes admissibles?

Une personne est admissible à la Protection Prêt pour entreprise Scotia si elle est liée à une entreprise admissible en tant que :

- propriétaire unique ou associée;
- personne ayant garanti le remboursement d'un prêt admissible;
- actionnaire possédant au moins 10 % des droits de vote d'une entreprise admissible; ou
- employé indispensable sans qui l'entreprise pourrait difficilement être exploitée.

Un maximum de 10 personnes appartenant à une entreprise admissible peuvent être assurées.

En date de la demande, la personne doit :

- être âgée d'au moins dix-huit (18) ans et de moins de soixante-cinq (65) ans; et
- être résidente canadienne.

De plus, pour être admissible à la couverture globale, cette personne doit :

- travailler au moins 20 heures par semaine. Si la personne est un employé clé, elle doit travailler au moins 20 heures par semaine pour l'entreprise désignée dans la proposition. Si cette personne est un employé saisonnier, elle doit être en mesure d'assumer ses fonctions habituelles au moins 20 heures par semaine; et
- ne recevoir aucune prestation d'invalidité.

MONTANT DE LA COUVERTURE

Le montant comprend la couverture globale et la couverture de base.

Le montant de la couverture globale équivaut à la somme de ce qui suit, si la couverture globale a été choisie et approuvée :

- le solde de tout prêt à terme ou à vue, à taux fixe ou variable, assuré au moment de la soumission de la proposition;
- le plafond de toute facilité de crédit renouvelable assurée.

Le montant de la couverture de base équivaut à la somme de ce qui suit, si la couverture de base a été choisie et approuvée :

- le solde de tout prêt à terme ou à vue, à taux fixe ou variable, assuré au moment de la soumission de la proposition; et
- le plafond de toute facilité de crédit renouvelable assurée.

Le montant total de la couverture de toutes les entreprises assurées est soumis à l'approbation de l'assureur, et l'indemnité d'assurance-vie par personne assurée ne dépassera jamais 2 000 000 \$.

Si le solde de tout prêt à terme ou à vue, à taux fixe ou variable, diminue de plus de 10 % comparativement au montant ayant servi à déterminer le montant de couverture approuvé, vous pouvez demander que ce dernier soit réduit en conséquence.

Le montant de couverture est indiqué dans le Tableau des couvertures.

DATE DE PRISE D'EFFET DE LA COUVERTURE

Votre couverture prendra effet à la plus éloignée des dates suivantes :

- la date à laquelle la Banque Scotia reçoit votre proposition d'assurance dûment signée;
- la date indiquée dans la lettre d'approbation de l'assureur, si cette approbation est requise;
- la date à laquelle toute portion du prêt assuré est versée ou que les fonds sont mis à votre disposition.

La date de prise d'effet de la couverture est indiquée dans le Tableau des couvertures. Vous recevrez une confirmation de votre couverture et un certificat par la poste dans les 30 jours suivant la réception et l'approbation de votre proposition d'assurance. Toutes les périodes de couverture commencent et se terminent à 00 h 01 du fuseau horaire correspondant à la dernière adresse figurant dans votre dossier.

Le prélèvement d'une prime d'assurance sur le compte désigné ou l'encaissement par erreur d'une prime ne signifient pas que l'assurance est en vigueur si l'entreprise ou les personnes assurées ne sont pas assurables ou admissibles à la couverture.

RÉSILIATION DE LA COUVERTURE

La couverture d'une personne assurée au titre de la Protection Prêt pour entreprise Scotia sera automatiquement résiliée à la plus rapprochée des dates suivantes :

- la date du décès de la personne assurée;

- le 70^e anniversaire de la personne assurée;
- la date de résiliation de la couverture (voir la section *Procédure de résiliation de couverture*);
- la date à laquelle le paiement du prêt assuré ou de la prime d'assurance est en souffrance depuis 120 jours;
- la date à laquelle la personne assurée n'est plus admissible à la couverture (voir la section *Qui sont les personnes admissibles?* ci-dessus);
- la date à laquelle l'entreprise n'est plus admissible à la couverture (voir la section *Quelles sont les entreprises admissibles?* ci-dessus);
- la date à laquelle l'entreprise déclare faillite;
- la date à laquelle la police collective prend fin.

Si la couverture globale accordée à une personne assurée comprend un montant d'assurance supérieur à 50 000 \$, elle sera transformée en couverture de base à la plus rapprochée des dates suivantes :

- le 65^e anniversaire de la personne assurée;
- la date à laquelle la personne assurée a perçu des prestations d'invalidité pendant 48 mois;
- la date à laquelle une demande d'indemnité au titre de l'assurance maladie terminale de la personne assurée est approuvée.

PRIMES

Les primes d'assurance mensuelles sont calculées selon le montant de la couverture accordée. Pour les couvertures supérieures à 50 000 \$, les primes sont calculées en fonction de l'âge de chaque personne assurée à la fin de la période de facturation. Les primes sont automatiquement débitées du compte indiqué dans la proposition.

Les taxes de vente provinciales sont ajoutées s'il y a lieu.

Pour une couverture globale dont le montant est inférieur ou égal à 50 000 \$

La prime mensuelle pour chaque personne assurée est de 1 \$ par tranche de 1 000 \$ du montant de la couverture globale, sous réserve d'une prime mensuelle minimum de 10 \$.

Exemple :

Si le montant de la couverture globale est de 25 000 \$, la prime d'assurance sera de 25 \$ ($1 \$ \times 25 000 \$ \div 1 000 \$$), plus les taxes de vente applicables.

Pour une couverture globale dont le montant est supérieur à 50 000 \$, mais inférieur ou égal à 750 000 \$

Le tableau suivant indique les taux de prime mensuelle par tranche de 1 000 \$ du montant de la couverture globale.

| Âge | Taux pour la couverture globale |
|-------------|---------------------------------|
| 18 à 35 ans | 0,50 |
| 36 à 40 ans | 0,59 |
| 41 à 45 ans | 0,79 |
| 46 à 50 ans | 1,02 |
| 51 à 55 ans | 1,25 |
| 56 à 60 ans | 1,59 |
| 61 à 65 ans | 2,16 |

Exemple :

Supposons que le montant de la couverture globale d'une personne assurée âgée de 43 ans est de 100 000 \$. La prime d'assurance serait de 79 \$ ($0,79 \times 100\ 000\ \$ \div 1\ 000\ \$$), plus les taxes de vente applicables.

Pour une couverture globale dont le montant est supérieur à 750 000 \$:

La prime mensuelle pour une couverture globale est calculée de la façon suivante :

Prime = (a) + (b) x montant de couverture supérieur à 750 000 \$ $\div 1\ 000\ $$, selon les montants établis pour (a) et (b) dans le tableau ci-dessous.

| Âge | (a) | (b) |
|-------------|---------|------|
| 18 à 35 ans | 375,00 | 0,20 |
| 36 à 40 ans | 442,50 | 0,29 |
| 41 à 45 ans | 592,50 | 0,39 |
| 46 à 50 ans | 765,00 | 0,52 |
| 51 à 55 ans | 937,50 | 0,65 |
| 56 à 60 ans | 1192,50 | 0,88 |
| 61 à 65 ans | 1620,00 | 1,26 |

Exemple :

Supposons que le montant de la couverture globale d'une personne assurée âgée de 39 ans est de 800 000 \$. La prime d'assurance serait de 457 \$ ($442,50 + 0,29 \times (800\ 000\ \$ - 750\ 000\ \$) \div 1\ 000\ \$$), plus les taxes de vente applicables.

Pour une couverture de base dont le montant est supérieur à 50 000 \$

Le tableau suivant indique les taux de prime mensuelle par tranche de 1 000 \$ du montant de la couverture de base.

| Âge | Taux pour la couverture de base |
|-------------|---------------------------------|
| 18 à 35 ans | 0,20 |
| 36 à 40 ans | 0,29 |
| 41 à 45 ans | 0,39 |
| 46 à 50 ans | 0,52 |
| 51 à 55 ans | 0,65 |
| 56 à 60 ans | 0,88 |
| 61 à 65 ans | 1,26 |
| 66 à 69 ans | 1,65 |

Exemple :

Supposons que le montant de la couverture de base d'une personne assurée âgée de 43 ans est de 100 000 \$. La prime d'assurance serait de 39 \$ ($0,39 \times 100\,000 \div 1\,000$ \$), plus les taxes de vente applicables.

PROPOSITION D'ASSURANCE

Votre proposition d'assurance est approuvée automatiquement si le montant de couverture est de 50 000 \$ ou moins.

Si le montant de la couverture est supérieur à 50 000 \$, chaque proposant doit répondre à un questionnaire sur son état de santé. Si les réponses au questionnaire sont NÉGATIVES et que le montant de couverture est inférieur à 500 000 \$, la proposition d'assurance est approuvée et aucune autre mesure n'est requise. Sinon, il faut obtenir une autre évaluation de la proposition ainsi que l'approbation de l'assureur avant le début de la couverture.

Si une autre évaluation de la proposition est nécessaire, l'assureur communiquera avec chaque personne assurée pour obtenir d'autres renseignements ou pour les convoquer à un examen paramédical gratuit au cours duquel elles devront peut-être fournir des échantillons de sang et d'urine ou subir d'autres tests.

Tous les renseignements médicaux recueillis dans le cadre de l'examen de la proposition d'assurance seront conservés confidentiellement et ne seront pas transmis à la Banque Scotia.

Si la couverture globale du proposant est refusée pour des raisons de santé, une couverture globale maximale de 50 000 \$ lui sera accordée automatiquement.

Protection pendant l'examen de la demande

Si la proposition d'assurance pour la Protection Prêt pour entreprise Scotia a été soumise à l'assureur aux fins d'approbation et que le montant des prêts assurés a été avancé ou que les fonds ont été mis à la disposition de l'entreprise, toutes les personnes assurées seront temporairement assurées en cas de décès attribuable à une blessure résultant directement d'une cause accidentelle, extérieure, soudaine, violente et indépendante de toute maladie.

Les prestations payables en vertu de cette disposition se limitent au montant que l'assureur aurait versé si la proposition d'assurance avait été acceptée.

Aucune prestation ne sera versée en vertu de cette disposition si le décès est causé directement ou indirectement par une automutilation volontaire ou un suicide.

En vertu de cette disposition, la couverture prendra fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

- le 45^e jour suivant la réception de la proposition d'assurance;
- la date à laquelle l'assureur a rendu sa décision définitive à l'égard de la proposition d'assurance.

ASSURANCE-VIE

Qu'est-ce que la prestation d'assurance-vie?

Sous réserve que la couverture globale ou de base de la personne assurée ait été reçue et approuvée et que les dispositions du présent certificat aient été satisfaites, en cas de décès d'une personne assurée, l'assureur versera à la Banque Scotia le solde des prêts assurés à la date dudit décès, pouvant aller jusqu'au montant de la couverture.

Si, à la date du décès de la personne assurée, le solde des prêts assurés renouvelables est inférieur au montant de la couverture, le montant excédentaire (allant jusqu'à la différence entre le plafond et le solde impayé des facilités de crédit renouvelables assurées) sera déposé dans le compte sur lequel les primes sont prélevées.

La prestation d'assurance-vie maximale de toute personne assurée en vertu de la police collective est de 2 000 000 \$. Si deux personnes assurées ou plus (de la même entreprise) décèdent à la suite d'un accident commun, une seule prestation sera accordée et elle ne dépassera pas 2 000 000 \$.

Le cas échéant, le montant d'assurance maladie terminale accordé à la personne assurée sera déduit de la prestation d'assurance-vie.

Quels sont les cas où la prestation d'assurance-vie n'est pas versée?

La prestation d'assurance-vie ne sera **pas** versée si le décès de la personne assurée résulte directement ou indirectement de l'un ou l'autre des cas suivants :

- automutilation volontaire, suicide ou tentative de suicide, que la personne assurée soit saine d'esprit ou non, dans les 24 mois suivant la date de prise d'effet;
- guerre déclarée ou non, à moins que la personne assurée soit activement au service des Forces armées canadiennes ou de la Réserve des Forces canadiennes;
- toute contamination nucléaire, chimique ou biologique résultant d'un acte terroriste;
- acte criminel ou tentative d'acte criminel ou provocation d'une agression;
- usage volontaire de stupéfiants, sauf s'ils ont été prescrits par un médecin et pris conformément à la posologie;

- utilisation ou manœuvre d'un véhicule motorisé ou d'une embarcation avec un taux d'alcoolémie supérieur à la limite en vigueur dans le territoire de compétence.

La prestation d'assurance-vie ne sera **pas** versée si :

- la proposition de la personne assurée pour la couverture globale ou de base avait été approuvée automatiquement;
- la personne assurée décède dans les 24 mois suivant la date de prise d'effet; et
- le décès de la personne assurée résulte d'une affection antérieure.

L'assureur considère qu'une personne assurée souffrait d'une affection antérieure si elle :

- avait sollicité l'avis;
- avait fait l'objet d'enquêtes médicales;
- avait reçu des recommandations, des soins ou des services; ou
- avait fait l'objet de traitements ou reçu des médicaments ou des injections

d'un médecin ou de tout autre professionnel de la santé en raison des maladies suivantes ou de tout symptôme leur étant associé, qu'elles aient été diagnostiquées ou non :

- cancer,
- leucémie,
- sida (syndrome d'immunodéficience acquise),
- pré-sida (complexe associé au sida),
- maladie pulmonaire,
- maladie du foie, ou
- maladie cardiaque

en tout temps au cours des 12 mois précédent la date de prise d'effet.

ASSURANCE INVALIDITÉ

Qu'est-ce que la prestation d'assurance invalidité?

Sous réserve que la couverture globale de la personne assurée ait été reçue et approuvée et que les dispositions du présent certificat aient été satisfaites, si la personne assurée devient invalide et que sa demande d'indemnité pour invalidité est approuvée par l'assureur, ce dernier versera à la Banque Scotia une prestation mensuelle équivalant à :

- 1 % du montant de la couverture globale et pouvant aller jusqu'à 7 500 \$, plus
- la prime mensuelle de la personne assurée invalide et de toute autre personne assurée faisant partie de la même entreprise.

Qu'est-ce qu'une invalidité?

Une invalidité est une blessure, maladie ou affection empêchant la personne assurée d'accomplir les tâches habituelles associées à :

- l'emploi qu'elle occupait avant la survenance de l'invalidité;
- sa principale occupation, si son emploi était saisonnier et qu'elle a été frappée d'invalidité entre deux périodes d'emploi; ou
- l'emploi qu'elle occupait avant son départ à la retraite.

Pour être admissible aux prestations d'invalidité et continuer à les recevoir, la personne assurée doit :

- être sous les soins continus d'un médecin ou d'un psychiatre et se soumettre aux traitements prescrits à la suite d'une maladie mentale ou de troubles nerveux, y compris l'anxiété, la dépression et les troubles de comportement;
- ne pas effectuer d'activités contre rémunération ou profit éventuel; et
- fournir une preuve d'invalidité acceptable pour l'assureur et être en mesure de la fournir à sa demande, en tout temps, aux frais de l'entreprise.

L'assureur peut, à ses frais, demander un examen médical effectué par un médecin qu'il aura nommé ou dans un établissement de réadaptation qu'il aura choisi.

Quand commencent les prestations d'invalidité?

Une fois la demande d'indemnité pour invalidité approuvée par l'assureur, ce dernier versera les prestations d'invalidité après un délai de carence de 60 jours. Aucune prestation ne sera versée pendant ce délai.

Le premier paiement sera calculé au prorata selon le nombre de jours s'étant écoulés entre la date de la fin du délai de carence et celle du paiement. Vous êtes tenu d'effectuer les paiements réguliers du prêt contracté auprès de la Banque Scotia pendant ce délai, jusqu'à ce que l'assureur approuve la demande d'indemnité.

Il est possible que la date du paiement de la prestation d'invalidité ne corresponde pas à celle des paiements réguliers des prêts assurés. Vous êtes cependant responsable d'effectuer ces paiements à la date établie pour chaque prêt.

Le montant de la prestation d'invalidité peut être inférieur à celui des paiements réguliers requis pour chaque prêt assuré. Vous devrez assumer la différence entre la prestation et les paiements aux dates prévues.

Quand prennent fin les prestations d'invalidité?

Les prestations d'invalidité prendront fin à la survenance du premier des événements suivants :

- la personne assurée n'est plus invalide ou retourne au travail;
- la personne assurée invalide participe à des activités contre rémunération ou profit;
- 24 prestations d'invalidité ont été versées à la personne assurée pour son invalidité actuelle;
- la personne assurée a perçu le maximum à vie de 48 mois de prestations d'invalidité;
- les prêts assurés ont été remboursés intégralement;
- la personne assurée invalide a eu 65 ans;
- la personne assurée invalide n'est plus sous les soins réguliers d'un médecin ou n'est plus soumise au traitement prescrit par son médecin;

- la personne assurée invalide refuse de se soumettre à l'examen médical exigé par l'assureur, effectué par un médecin ou un professionnel de la santé choisi par l'assureur;
- la personne assurée ne peut pas fournir de preuve satisfaisante de son invalidité à l'assureur;
- l'assureur approuve une demande d'indemnité pour maladie terminale soumise par la personne assurée;
- la couverture de la personne assurée a été résiliée pour une raison autre que la résiliation de la police collective (voir la section Résiliation de la couverture).

Que se passe-t-il en cas de récidive de l'invalidité?

Si la même invalidité reparaît dans les 21 jours suivant la guérison ou la reprise du travail et se prolonge pour au moins sept jours consécutifs, l'invalidité sera considérée comme une prolongation de la même demande, mais aucune indemnité ne sera versée à la personne assurée pour la période pendant laquelle elle travaillait ou n'était pas invalide. Les prestations d'invalidité reprendront lorsque la personne assurée aura fourni la preuve à l'assureur du caractère récurrent de son invalidité.

Invalidités simultanées

Les prestations d'invalidité ne sont versées que pour une seule demande d'indemnité à la fois, sans égard au nombre de personnes assurées liées à l'entreprise pouvant être frappées d'invalidité simultanément.

Quels sont les cas où la prestation d'assurance invalidité n'est pas versée?

La prestation d'invalidité ne sera **pas** versée si l'invalidité de la personne assurée résulte directement ou indirectement de l'un ou l'autre des cas suivants :

- grossesse normale;
- chirurgie esthétique facultative, ou opération ou traitement chirurgical expérimental;
- automutilation volontaire, suicide ou tentative de suicide, que la personne assurée soit saine d'esprit ou non;
- guerre déclarée ou non, à moins que la personne assurée soit activement au service des Forces armées canadiennes ou de la Réserve des Forces canadiennes;
- toute contamination nucléaire, chimique ou biologique résultant d'un acte terroriste;
- acte criminel ou tentative d'acte criminel ou provocation d'une agression;
- usage volontaire de stupéfiants, sauf s'ils ont été prescrits par un médecin et pris conformément à la posologie;
- utilisation ou manœuvre d'un véhicule motorisé ou d'une embarcation avec un taux d'alcoolémie supérieur à la limite en vigueur dans le territoire de compétence.

La prestation d'assurance invalidité ne sera **pas** versée si la proposition de la personne assurée pour la couverture globale avait été approuvée automatiquement, que la personne assurée devient invalide dans les 12 mois

suivant la date de prise d'effet et que son invalidité résulte d'une affection antérieure.

L'assureur considère qu'une personne assurée souffrait d'une affection antérieure si elle :

- avait sollicité l'avis;
- avait fait l'objet d'enquêtes médicales;
- avait reçu des recommandations, des soins ou des services; ou
- avait fait l'objet de traitements ou reçu des médicaments ou des injections d'un médecin ou de tout autre professionnel de la santé à l'égard de cette affection ou de tout symptôme lui étant associé, qu'elle ait été diagnostiquée ou non, en tout temps au cours des 12 mois précédant la date de prise d'effet.

HOSPITALISATION

Qu'est-ce que la prestation d'assurance hospitalisation?

Sous réserve que la couverture globale de la personne assurée ait été reçue et approuvée et que les dispositions du présent certificat aient été satisfaites, si la personne assurée est hospitalisée à la suite d'une blessure corporelle accidentelle ou d'une maladie et que son séjour à l'hôpital est de plus de trois jours consécutifs, l'assureur versera à la Banque Scotia un montant forfaitaire équivalant à :

- 2 % du montant de la couverture globale, jusqu'au plus petit des montants suivants : 15 000 \$ ou le solde du prêt assuré à la date de l'hospitalisation.

Quels sont les cas où la prestation d'assurance hospitalisation n'est pas versée?

La prestation d'assurance hospitalisation ne sera **pas** versée si l'hospitalisation de la personne assurée résulte directement ou indirectement de l'un ou l'autre des cas suivants :

- maladie terminale pour laquelle des prestations ont été versées au titre de la police;
- grossesse normale;
- chirurgie esthétique facultative, ou opération ou traitement chirurgical expérimental;
- automutilation volontaire, suicide ou tentative de suicide, que la personne assurée soit saine d'esprit ou non;
- guerre déclarée ou non, à moins que la personne assurée soit activement au service des Forces armées canadiennes ou de la Réserve des Forces canadiennes;
- toute contamination nucléaire, chimique ou biologique résultant d'un acte terroriste;
- acte criminel ou tentative d'acte criminel ou provocation d'une agression;
- usage volontaire de stupéfiants, sauf s'ils ont été prescrits par un médecin et pris conformément à la posologie;

- utilisation ou manœuvre d'un véhicule motorisé ou d'une embarcation avec un taux d'alcoolémie supérieur à la limite en vigueur dans le territoire de compétence.

La prestation d'assurance hospitalisation ne sera **pas** versée si :

- une prestation d'assurance hospitalisation a été versée à la personne assurée ou à toute autre personne assurée liée à l'entreprise dans les 60 jours précédant la date de l'hospitalisation;
- des prestations d'invalidité ont été versées à la personne assurée ou à toute autre personne assurée liée à l'entreprise au moment de l'hospitalisation.

La prestation d'assurance hospitalisation ne sera pas versée si la proposition de la personne assurée pour la couverture globale avait été approuvée automatiquement, que la personne assurée est hospitalisée dans les 12 mois suivant la date de prise d'effet et que son hospitalisation résulte d'une affection antérieure.

L'assureur considère qu'une personne assurée souffrait d'une affection antérieure si elle :

- avait sollicité l'avis;
- avait fait l'objet d'enquêtes médicales;
- avait reçu des recommandations, des soins ou des services; ou
- avait fait l'objet de traitements ou reçu des médicaments ou des injections; d'un médecin ou de tout autre professionnel de la santé à l'égard de cette affection ou de tout symptôme lui étant associé, qu'elle ait été diagnostiquée ou non, en tout temps au cours des 12 mois précédant la date de prise d'effet.

MALADIE TERMINALE

Qu'est-ce que la prestation d'assurance maladie terminale?

Sous réserve que la couverture globale de la personne assurée ait été reçue et approuvée et que les dispositions du présent certificat aient été satisfaites, si la personne assurée reçoit un diagnostic de maladie terminale, l'assureur versera à la Banque Scotia le solde de compte impayé à la date du diagnostic, jusqu'à concurrence du montant de la couverture globale.

Qu'est-ce qu'une maladie terminale?

Une maladie terminale est une maladie diagnostiquée par un médecin, ce dernier ayant confirmé par écrit que la personne assurée décéderait vraisemblablement dans l'année suivant le diagnostic.

Quels sont les cas où la prestation d'assurance maladie terminale n'est pas versée?

La prestation d'assurance maladie terminale ne sera **pas** versée si la maladie terminale de la personne assurée résulte directement ou indirectement de l'un ou l'autre des cas suivants :

- automutilation volontaire, suicide ou tentative de suicide, que la personne assurée soit saine d'esprit ou non;
- guerre déclarée ou non, à moins que la personne assurée soit activement au service des Forces armées canadiennes ou de la Réserve des Forces canadiennes;
- toute contamination nucléaire, chimique ou biologique résultant d'un acte terroriste;
- acte criminel ou tentative d'acte criminel ou provocation d'une agression;
- usage volontaire de stupéfiants, sauf s'ils ont été prescrits par un médecin et pris conformément à la posologie;
- utilisation ou manœuvre d'un véhicule motorisé ou d'une embarcation avec un taux d'alcoolémie supérieur à la limite en vigueur dans le territoire de compétence.

La prestation d'assurance maladie terminale ne sera **pas** versée si le décès se produit dans les 30 jours suivant le diagnostic.

Elle ne sera **pas** versée si le diagnostic de cette maladie ou de tout symptôme lui étant associé, toute consultation médicale ou tout test ayant confirmé cette maladie ont été effectués avant la date à laquelle la proposition d'assurance a été remplie et signée.

SOUMETTRE UNE DEMANDE D'INDEMNITÉ

Avis de sinistre et formulaires de demande

Si une demande d'indemnité s'avère nécessaire, vous pouvez obtenir un formulaire en composant le 1-855-753-4272.

Tout avis de sinistre écrit doit comprendre le numéro de police collective suivant : Canada Vie G/H [REDACTED].

Vous recevrez les formulaires de demande et de déclaration du médecin traitant, accompagnés des directives.

Vous devez remplir le formulaire de demande et l'envoyer à l'assureur par la poste, accompagné de toute pièce justificative nécessaire.

C'est vous qui assumerez les coûts associés au remplissage du formulaire.

Preuve de sinistre

Pour soumettre une demande d'indemnité d'assurance-vie, vous devez remplir le formulaire de demande et le remettre à l'assureur dans l'année suivant le décès de la personne assurée, après quoi la demande ne sera prise en compte que si vous pouvez fournir par écrit une justification acceptable de ce retard.

Pour soumettre une demande d'indemnité au titre de l'assurance hospitalisation ou maladie terminale, vous devez informer l'assureur du sinistre dans les 90 jours suivant la date à laquelle la personne assurée a été hospitalisée ou a reçu un diagnostic de maladie terminale. Si l'assureur ne reçoit pas cet avis à temps, il ne pourra prendre en compte votre demande que si vous fournissez par écrit une justification acceptable de ce retard. Une fois votre avis reçu, on vous enverra un formulaire de demande. Le médecin ayant posé le diagnostic devra le remplir. Dans le cas d'une demande d'indemnité pour hospitalisation,

vous devrez soumettre une preuve émise par l'établissement hospitalier selon laquelle la personne assurée était hospitalisée pendant la période couverte.

Pour soumettre une demande d'indemnité pour invalidité, vous devez remplir le formulaire de demande dans les 150 jours suivant l'apparition de l'invalidité et l'envoyer à l'assureur par la poste. Les renseignements médicaux doivent être fournis par le médecin traitant de ayant traité la personne assurée. Si l'assureur ne reçoit pas la demande dans les délais, il ne pourra la traiter que si vous fournissez par écrit une justification acceptable de ce retard.

Droits d'exiger un examen médical

L'assureur peut vous demander de subir un examen médical auprès d'un médecin de son choix. Les frais de cet examen seront assumés par l'assureur, mais aucune prestation ne sera versée si la personne assurée refuse de se soumettre à l'examen. En cas de demande de prestation de décès, l'assureur se réserve le droit, dans la mesure où la loi le permet, d'exiger une autopsie.

Versements en attente de la décision

Vous devez assumer les paiements réguliers du prêt jusqu'à ce que l'assureur prenne une décision concernant toute demande soumise dans le cadre du présent certificat.

PROCÉDURE DE RÉSILIATION DE LA COUVERTURE

Vous pouvez résilier la couverture à tout moment en composant le numéro suivant :

1-855-753-4272

De 8 h à 20 h (HE)

Du lundi au vendredi

ou en envoyant un avis par écrit à l'adresse suivante :

Centre de traitement – Assurance Canada

Boîte postale 1045

Stratford (Ontario) N5A 6W4

Votre couverture sera résiliée à la plus éloignée des dates suivantes :

- la date indiquée dans votre demande de résiliation;
- la date à laquelle la Banque Scotia reçoit et traite votre demande de résiliation.

Si la Banque Scotia reçoit votre avis de résiliation dans les 30 jours de la plus éloignée des dates suivantes, à savoir la date à laquelle la proposition d'assurance a été signée ou celle de prise d'effet de votre couverture, celle-ci sera réputée n'avoir jamais été en vigueur, et l'intégralité des primes versées vous sera remboursée.

AUTRES RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

Modification des taux de primes

Les taux de prime de la Protection Prêt pour entreprise Scotia font parfois l'objet de modifications. Un avis écrit vous sera envoyé par courrier ordinaire à l'adresse de l'entreprise figurant dans votre dossier au moins 60 jours avant l'entrée en vigueur du nouveau taux. Sauf si les prestations ou les critères d'admissibilité de la police collective changent ou si une modification réglementaire ou législative influence directement la couverture prévue par cette police, le taux de prime ne pourra être modifié qu'une fois tous les douze (12) mois.

Modification du montant de couverture

Si le plafond de crédit du prêt assuré augmente, il faut soumettre une demande visant à modifier le montant de couverture; cette procédure ne s'effectue pas automatiquement.

Reconnaissance de couverture antérieure

Si l'assureur refuse la demande d'augmentation du montant de couverture, les dispositions du contrat d'assurance original demeureront pleinement en vigueur.

Erreur sur l'âge

Si l'âge de la personne assurée est erroné et qu'en raison de son âge véritable, elle n'aurait pas été admissible à la Protection Prêt pour entreprise Scotia, la responsabilité de l'assureur se limitera au remboursement des primes versées, et l'assurance sera jugée nulle, **comme si elle n'avait jamais existé**.

Si l'âge de la personne assurée est erroné, mais qu'elle serait tout de même admissible à la Protection Prêt pour entreprise Scotia, son âge véritable sera utilisé pour décider du versement des indemnités.

Fausse déclaration

Toute dissimulation d'informations, fausse déclaration ou assertion inexacte en lien avec la proposition de Protection Prêt pour entreprise Scotia, avec toute pièce justificative de nature médicale accompagnant cette proposition ou avec votre formulaire de demande aura pour effet de rendre la couverture nulle et non avenue.

Détails du contrat

Le contrat d'assurance regroupe la police collective, toute modification de cette dernière et toute proposition d'assurance utilisée pour obtenir la Protection Prêt pour entreprise Scotia, qu'elle ait été soumise en ligne, en succursale ou par télémarketing.

La Banque Scotia et l'assureur peuvent parfois convenir de modifier la police collective. Aucune modification n'est valide tant que les représentants autorisés de la Banque Scotia et de l'assureur ne l'ont pas approuvée. Vous aurez droit à un délai de 60 jours avant de recevoir un avis écrit de la modification. Vous serez réputé avoir reçu cet avis le cinquième jour ouvrable après son envoi à l'adresse figurant dans votre dossier.

Si la Banque Scotia ou l'assureur commettent une erreur d'écriture dans n'importe quel dossier relatif à la police collective, y compris l'encaissement par erreur d'une prime, cette erreur n'influencera ou n'invalidera en rien votre couverture et elle n'aura pas pour effet le maintien d'une protection qui serait autrement non admissible ou résiliée pour des motifs valides.

Tous les droits et obligations au titre de la police collective sont soumis aux lois du Canada et de la province où se trouve votre entreprise.

Vous détenez le droit d'examiner et de vous procurer la police collective, le déclarations écrites ou et certains dossiers que vous avez soumis aux assureurs (le cas échéant), sous réserve de restrictions d'accès.

L'assureur verse à la Banque Scotia des frais administratifs pour offrir la Protection Prêt pour entreprise Scotia.

Restriction relative à la nomination d'un bénéficiaire

Veuillez prendre note de la restriction suivante pouvant s'appliquer à vous (voir la section *Qu'est-ce que la prestation d'assurance-vie?*).

La présente police contient une disposition prévoyant le retrait ou la restriction du droit de la personne assurée par la police collective de désigner des personnes à qui ou au profit desquelles le montant d'assurance sera versé.

Devises

Tous les versements prévus par la police collective seront libellés en monnaie canadienne.

Interdiction de transfert

Vous ne pouvez transférer ni accorder à quiconque les droits et intérêts associés à votre couverture.

Renseignements personnels et confidentialité

L'assureur reconnaît et respecte l'importance de la vie privée. Lorsque vous faites une demande de couverture, un dossier confidentiel regroupant les renseignements sur l'entreprise et les informations personnelles de toutes les personnes assurées est créé. Ce dossier est conservé dans les locaux de l'assureur ou d'un organisme autorisé par l'assureur.

Vous bénéficiez de certains droits d'accès et de rectification sur les informations personnelles de votre dossier, que vous pouvez exercer en envoyant une demande écrite à l'assureur. Ce dernier peut faire appel à des prestataires de services situés au Canada ou à l'étranger.

L'assureur restreint l'accès aux informations personnelles de votre dossier à son personnel ou aux personnes autorisées devant y accéder pour accomplir leurs tâches, aux personnes auxquelles vous avez accordé l'accès et aux personnes autorisées en vertu de la loi. Dans certains cas, ces personnes peuvent se trouver

en dehors du Canada, et vos informations personnelles peuvent être soumises aux lois des autorités étrangères.

Les informations personnelles recueillies par l'assureur seront utilisées pour déterminer votre admissibilité à la couverture et administrer le régime collectif, y compris étudier et évaluer les demandes d'indemnité, et créer et tenir des dossiers en lien avec la relation.

Si vous souhaitez obtenir un exemplaire des lignes directrices de l'assureur sur la confidentialité ou si vous avez des questions sur les politiques et pratiques liées aux informations personnelles (y compris pour les prestataires de service), utilisez les coordonnées suivantes :

Sur Internet : www.canadavie.com

Par courriel : Chief_Compliance_Officer@canadalife.com

Par courrier : Responsable de la conformité
La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie
330, avenue University
Toronto (Ontario) M5G 1R8

Si l'assureur reçoit une demande d'accès ou de rectification des informations, il vous répondra dans un délai de 30 jours. Il peut, au préalable, exiger une commission raisonnable pour la reproduction et le transfert des renseignements fournis.

Prescriptions

Aucune action en justice ou en equity ne saurait être intentée en vertu du présent certificat avant l'expiration d'un délai de 60 jours suivant la production d'une preuve écrite de sinistre conformément aux dispositions de la police collective. Aucune action ne saurait non plus être intentée après la fin de l'année (ou de la durée minimale prévue par la loi de la province ou du territoire de votre entreprise, si cette période dépasse un an) suivant la production d'une preuve écrite conforme à la police collective.

Toute action ou poursuite contre un assureur pour le recouvrement de montants d'assurance payables en vertu du contrat est absolument interdite à moins qu'elle ne soit intentée dans le délai prescrit par l'Insurance Act (pour les actions et les poursuites intentées en vertu des lois de l'Alberta et de la Colombie-Britannique), par The Insurance Act (pour les actions et les poursuites intentées en vertu des lois du Manitoba), par la Loi sur la prescription des actions de 2002 (pour les actions et les poursuites intentées en vertu des lois de l'Ontario) ou par toute autre loi applicable. En ce qui concerne les actions et les poursuites intentées en vertu des lois du Québec, le délai de prescription est établi dans le Code civil du Québec.

PROCÉDURES RELATIVES AUX PLAINTES

Si vous souhaitez porter plainte ou demander des renseignements sur tout aspect de la couverture des prêts assurés, composez le 1-855-753-4272 entre 8 h et 20 h (HE) en semaine. Si, pour quelque raison que ce soit, la résolution de

Si votre plainte ou les renseignements fournis ne vous satisfont pas, vous pouvez nous en aviser par écrit à l'adresse suivante :

Ombudsman des assurances de personnes
401, rue Bay, Boîte postale 7
Toronto (Ontario) M5H 2Y4

Si votre plainte ou demande de renseignements concerne une disposition d'une loi fédérale visant les consommateurs, communiquez avec l'Agence de la consommation en matière financière du Canada en composant le 1-866-461-2232 ou en lui écrivant à l'adresse suivante :

Agence de la consommation en matière financier du Canada
427, avenue Laurier Ouest, 6^e étage
Ottawa (Ontario) K1R 1B9

DÉFINITIONS

Les termes suivants, utilisés dans ce certificat d'assurance ou dans le Tableau des couvertures, possèdent les significations suivantes :

| | |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Assureur | désigne La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. |
| Banque Scotia | désigne La Banque de Nouvelle-Écosse. |
| Date de prise d'effet | correspond à la date de début de la couverture d'assurance indiquée dans le Tableau des couvertures. |
| Diagnostic | désigne le diagnostic d'une maladie terminale rédigé par un médecin. La date du diagnostic correspond à la date à laquelle le médecin a posé le diagnostic de maladie terminale, comme indiquée dans le dossier médical de la personne assurée. |
| Hospitalisation ou hospitalisé | désigne l'admission d'une personne assurée à l'hôpital en vue d'un traitement médical. Un hôpital est un établissement détenant les permis nécessaires pour traiter les patients hospitalisés sous la supervision de personnel médical, notamment de médecins. |
| Invalidité ou invalide | désigne une déficience médicale consécutive à une blessure, maladie ou affection empêchant la personne assurée d'exécuter les tâches habituelles de l'emploi qu'elle exerçait avant la survenance de l'invalidité. |
| Maladie terminale | désigne une maladie diagnostiquée par un médecin, ce dernier ayant confirmé par écrit que la personne assurée décéderait vraisemblablement dans l'année suivant le diagnostic. |
| Médecin | s'entend d'un médecin ou d'un chirurgien dûment autorisé à pratiquer la médecine au Canada. Le médecin doit être une personne autre que la personne assurée, un de ses associés ou un membre de sa famille immédiate. La famille immédiate comprend conjoint ou conjointe, père, mère, beaux-parents, fils, filles, beaux-fils, belles-filles, frères, sœurs, demi-frères, demi-sœurs, beaux-frères et belles-sœurs. |
| Montant de la couverture | désigne le montant figurant dans le Tableau des couvertures. Pour en savoir plus, voir la section Montant de la couverture. |
| Personne assurée | s'entend d'une personne liée à l'entreprise, dont le nom figure dans le Tableau des couvertures, qui est admissible à la Protection Prêt pour entreprise Scotia, dont la proposition a été acceptée et qui est désignée comme une « Personne assurée » dans le Tableau des couvertures. |

| | |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Police collective | désigne la police collective n° G/H [REDACTED] pour la couverture offerte par La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie délivrée à La Banque de Nouvelle-Écosse. |
| Prêt assuré | désigne le prêt assuré en vertu de la Protection Prêt pour entreprise Scotia et faisant partie des « Prêts assurés » selon le Tableau des couvertures. |
| Solde de compte impayé | désigne le solde impayé d'un prêt assuré à la date du décès, du diagnostic de maladie terminale, de l'hospitalisation ou de l'invalidité d'une personne assurée. |
| Tableau des couvertures | désigne le tableau accompagnant le présent certificat et indiquant le nom des personnes assurées, le nom de l'entreprise, les prêts assurés et la date de prise d'effet. |
| Vous, votre et vos | désignent le représentant autorisé de l'entreprise, nommé dans le Tableau des couvertures. |

SPECIMEN

Notre assurance est :

facile à souscrire,

facile à demander,

facile à comprendre,

facile à régler.

Pour simplifier votre assurance, visitez le
financierescotiavie.com



S'assurer : une opération assurément simple^{MC}

MD Marque déposée de La Banque de Nouvelle-Écosse utilisée sous licence. La Financière ScotiaVie est la marque sous laquelle sont regroupées les activités d'assurance canadiennes de La Banque de Nouvelle-Écosse et de certaines de ses filiales canadiennes.